

## BESCHWERDE AN DIE OMBUDSSTELLE DER SGK/SSODF

1. Beschwerde gegen Zahnarzt/Zahnärztin (Vorname/Nachname/Adresse):

.....

2. Nachbehandelnde ÄrztInnen, ZahnärztInnen und Zahnkliniken, namentlich aber nicht abschliessend (Vorname/Nachname/Adresse):

.....

.....

3. Patient/Patientin (Vorname/Nachname/Adresse):

.....

.....

**JA**      **NEIN**

Ich beanstande die zahnärztliche Honorarrechnung betragsmässig  
(Beilage: Honorarrechnung);

    

Ich beanstande die fachliche Arbeit des Zahnarztes (Beilagen: sämtliche  
vorhandenen Behandlungsunterlagen);

    

Ich stimme zu, dass die Ombudsstelle die erhaltenen Informationen frei ver-  
wenden und auch an Dritte weitergeben darf, dies insbesondere, aber nicht  
abschliessend zur Aussprache mit dem betroffenen Zahnarzt, zur Erhebung  
eines standesrechtlichen Verfahrens, eines zahnärztlichen Begutachtungs-  
verfahrens, eines aufsichtsrechtlichen Verfahrens oder eines Strafverfahrens;

    

**Unterschrift** .....

(bitte wenden)

